



Su Guía para los Planes Privados de Pago-por-Servicio

Un Nuevo Tipo de Plan de Salud Medicare

Una guía que le ayuda a:

- ◆ **Entender el Plan Privado de Pago-por-Servicio**
- ◆ **Como Ingresar y Salir de Planes Privados de Pago-por-Servicio**
- ◆ **Otra Información Importante sobre Planes Privados de Pago-por-Servicio.**



**LA ADMINISTRACION PARA EL
FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD**
La Agencia Federal de Medicare

Tabla de Contenidos

Introducción	1
Cosas que Usted Debe Considerar antes de Cambiar su Plan de Salud	4
Puntos Básicos sobre los Planes Privados de Pago-por-Servicio	5
Los Costos de Planes Privados de Pago-por-Servicio	8
Entrando y Saliendo de Planes Privados de Pago-por-Servicio	10
Servicios Cubiertos por los Planes Privados de Pago-por-Servicio	13
Derechos de Apelación	15
Información sobre Medigap	16
Más Información sobre Planes Privados de Pago-por-Servicio	18
Definiciones de Términos Importantes	19
Índice	21

Nota: La terminología en **rojo** se define en las páginas 19 y 20.

¿Qué opciones tengo dentro de los planes de salud Medicare?

*En el momento en que este folleto fue impreso, ninguna compañía de seguro privada estaba ofreciendo un Plan Privado de Pago-por-Servicio para gente con Medicare.

En 1997 el Congreso aprobó una ley que introdujo muchos cambios en el programa Medicare. Esta ley incluye algo llamado Medicare + Opción, que contiene varias nuevas opciones para planes de salud. Una de las nuevas opciones de Medicare + Opción se llama el Plan Privado de Pago-por-Servicio (Private Fee-for-Service Plan).

Este folleto le proporciona información general sobre los Planes Privados de Pago-por-Servicio. Sin embargo, usted necesitará información más detallada que la que ofrece este folleto para poder decidir si determinado Plan Privado de Pago-por-Servicio es su mejor elección. Este folleto es para ayudarlo a saber que preguntar para conseguir la información que usted necesita para hacer su elección.

Recuerde que si usted se inscribe en un Plan Privado de Pago-por-Servicio, usted sigue dentro del programa de Medicare.

Todas sus opciones para un plan de salud Medicare aparecen en la lista que sigue.

Opciones disponibles en todo el país.

- El Plan Original de Medicare
- El Plan Original de Medicare con una Póliza de Seguro Suplemental (en este folleto se llamará la póliza Medigap)

Opciones disponibles en su área:

- Planes de Salud Administrada Medicare
- Planes Privados de Pago-por-Servicio*

Si desea saber si los Planes Privados de Pago-por-Servicio se ofrecen en su área, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227 o TTY/TDD: 1-877-486-2048 para personas con impedimento auditivo o vocal) o consulte la dirección Internet www.medicare.gov. Su biblioteca local o el centro para mayores también pueden ayudarlo.

¿Qué es el Plan Original de Medicare?

El Plan Original de Medicare es un programa de seguro de salud ofrecido por el gobierno federal para:

- Personas de 65 años o más.
- Algunas personas incapacitadas menores de 65 años
- Gente con **Insuficiencia Renal de Etapa Final**.

El Programa se ofrece en todos los Estados Unidos. Este es el modo en que la mayoría de la gente obtiene **Medicare Parte A (Seguro de Hospital) y Parte B (Seguro Médico)**. Usted puede consultar a cualquier doctor, especialista u hospital que acepte Medicare. Usted paga una parte y Medicare la otra. Hay cosas que no están cubiertas como las medicinas recetadas.

¿Qué tipo de Seguro Privado complementa al Plan Original de Medicare?

Hay muchos tipos de cobertura privada de salud que pagan por parte o todos los costos de cuidado de salud que no están cubiertos por Medicare. A estos tipos de cobertura se los conoce como “cobertura suplementaria”. Esta cobertura incluye:

- Cobertura de Empleado* (de su empleador o sindicato)
- Cobertura de Retirado/jubilado* (de su antiguo empleador o sindicato) y,
- Seguro Medigap (de una compañía privada o grupo).

¿Qué es una Póliza Medigap?

Una póliza **Medigap** es un tipo de cobertura de salud ofrecida por una compañía de seguro privada que paga por algunos o todos los costos de cuidado de salud no cubiertos por el Plan Original de Medicare. En la mayoría de los estados, una póliza Medigap debe ser una de las diez pólizas uniformes para ayudarlo a compararlas con más facilidad. Cada póliza ofrece distintos beneficios. Dos de las diez pólizas pueden ofrecer una opción de deducible alto. Las compañías de seguros pueden ofrecer esta opción en los planes F y J. Si usted elige esta opción, tendrá que pagar un deducible anual de \$1,500 antes de que el plan pague por cualquier servicio.

Recuerde: Los términos en **rojo** se definen en las páginas 19-20.

***Si usted se retira de la cobertura de salud de su empleador o sindicato, probablemente no pueda regresar. Llame a su empleador o sindicato para mayor información.**

En algunos estados usted podrá comprar una póliza “Medicare Select”. Medicare Select es un tipo de póliza Medigap uniforme o estándar. Con esta póliza es posible que deba consultar a ciertos médicos u hospitales específicos para obtener todos los beneficios (excepto en caso de emergencia). Esto no afectará el modo en que Medicare paga su cobertura. Esta es la razón por la que las pólizas Medicare Select generalmente tienen primas más bajas.

¿Qué son los Planes de Servicios Administrados de Medicare?

Los **planes de Servicios Administrados de Medicare** son una opción para el cuidado de la salud en muchas partes del país. En la mayoría de los planes, usted sólo podrá consultar a doctores, especialistas u hospitales que pertenezcan a este plan. Los planes deben cubrir **Medicare Parte A y B**. Algunos planes le ofrecen beneficios extras tales como medicinas recetadas. Sus costos pueden ser menores que los del **Plan Original de Medicare**.

Para más información:

Llame 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227 or TTY/TDD: 1-877-486-2048 para personas con problemas de habla o auditivos) y, pida una copia del manual de *Medicare y Usted* para más información sobre el Plan Original de Medicare y los Planes Administrados de Medicare. También puede solicitar la Guía sobre Seguros de Salud para Personas con Medicare (*Guide to Health Insurance for People with Medicare*) o *Pólizas y Protecciones de Seguro Suplemental Medicare (Medigap) (Medicare Supplemental Insurance (Medigap) Policies and Protection)* para mayor información sobre Medigap.

¿Qué debo considerar antes de hacer cualquier cambio en mi plan de salud?

¿Sabe usted que tipo de cobertura tiene? Si no lo sabe, debería averiguarlo. Puede que Medicare no sea la única cobertura de salud que tenga o pueda obtener. Es posible que pueda obtener cobertura de salud o asistencia que le proporcione mayores beneficios o menores costos para su bolsillo que lo que Medicare le ofrece por sí solo.

Si usted o su cónyuge están retirados o todavía trabajan, es posible que tengan o puedan obtener cobertura de salud por medio de su empleador o sindicato.

- Llame a su empleador o sindicato y pregunte si tiene o puede obtener cobertura de salud por medio de su actual o antiguo empleo, o de su cónyuge.
- Pregúntele al administrador de beneficios de su empleador o sindicato cuánto aumentarían los costos de cobertura; y qué beneficios se añadirían a los ya ofrecidos por su plan de Medicare.

Precaución: Si tiene cobertura de empleador o sindicato, hable con ellos antes de inscribirse en un plan de salud Medicare distinto. Si usted se retira de la cobertura de su empleador o sindicato, es posible que ya no pueda regresar.

Si usted es Veterano o retirado militar, puede obtener o quizá pueda conseguir, beneficios médicos:

- Si es Veterano, llame al Departamento de Veteranos de los Estados Unidos al 1-800-827-1000.
Si esta retirado de las Fuerzas Armadas, puede llamar al Ministerio de Defensa al 1-800-538-9552 para mayor información.

Si es usted una persona de bajos ingresos y recursos limitados, podría obtener o quizá pueda conseguir ayuda para pagar los costos de cuidado de salud:

- Para ver si califica, llame a la oficina de asistencia médica de su Estado. Llame al 1-800-Medicare (1-800-633-4227 o TTY/TDD: 1-800-486-2048 para personas con impedimentos del habla y auditivos) para obtener el número de la oficina de asistencia médica de su Estado.

— Lo Básico Sobre Planes Privados de Pago-por-Servicio —

¿Qué es un Plan Privado de Pago-por-Servicio?

Un **Plan Privado de Pago-por-Servicio** es un plan de salud Medicare ofrecido por una empresa privada de seguro. Esto no es lo mismo que el **Plan Original de Medicare**, el cual es ofrecido por el gobierno federal. En el Plan Privado de Pago-por-Servicio, Medicare paga un monto determinado de dinero cada mes a la empresa privada que le suministra la cobertura de cuidado de salud a los beneficiarios de Medicare que aceptaron el acuerdo de pago-por-visita.

¿Cuándo se ofrecen los Planes Privados de Pago-por-Servicio?

Ya que la empresa es la que decide en que lugar quiere trabajar, puede que sólo ofrezca Planes Privados de Pago-por-Servicio en algunas partes del país. La empresa puede decidir que un plan estará a la disposición de toda persona con Medicare en un Estado, o que la inscripción estará abierta solamente en ciertos condados. También puede ofrecer más un sólo plan en un área, con costos y beneficios diferentes. Cada año la compañía que ofrece el plan Privado de Pago-por-Servicio puede decidir si se inscribe o se retira de Medicare.

¿Cómo funcionan los Planes Privados de Pago-por-Servicio?

- En los Planes Privados de Pago-por-Servicio, usted puede visitar a cualquier doctor u hospital que quiera.
- Usted puede obtener atención fuera de su **área de servicios**.
- Aunque la cantidad que usted paga por estos servicios pudiera no ser la misma que la del Plan Original de Medicare, usted recibirá toda la cobertura de los servicios de **Medicare Partes A y B**.
- Es posible que usted también consiga beneficios extras que el **Plan Original de Medicare** no cubre, como por ejemplo medicinas recetadas para pacientes externos. Sin embargo, usted tendrá más por estos beneficios extras. Para averiguar que beneficios se cubren en un Plan Privado de Pago-por-Servicio, llame a la agencia de seguros que ofrece el plan y pida esa información. También puede consultar Medicare Compare en la dirección Internet www.medicare.gov.
- Los Planes Privados de Pago-por-Servicio pueden cobrarle una prima por encima de lo que le cobra Medicare Parte B.
- Los Planes Privados de Pago-por-Servicio pueden cobrarle un monto por **deducible y co-seguro** que sea distinto al del Plan Original de Medicare.

Recuerde: Los términos en **rojo** se definen en las páginas 19-20.

Nota: Si usted va a cualquier proveedor y le dice que tiene un Plan Privado de Pago-por-Servicio, y el proveedor acepta atenderlo, en este caso el proveedor tiene un contrato con su Plan Privado de Pago-por-Servicio.

- Los Planes Privados de Pago-por-Servicio pueden cobrarle una **prima** por beneficios extras tales como medicinas recetadas.
- Los Planes Privados de Pago-por-Servicio pueden permitir a los proveedores (tales como doctores u hospitales), que cobren por servicios, hasta un 15% por encima de la cantidad autorizada por el plan. Este 15% o **saldo residual**, se aplica a los proveedores que tienen un contrato por escrito con el Plan Privado de Pago-por-Servicio o aquellos que hayan cumplido con ciertas condiciones que los haría elegibles como si hubieran firmado un contrato.

Si el proveedor no tiene un contrato con el Plan Privado de Pago-por-Servicio o no se lo considera como si tuviera un contrato con el plan, el proveedor no puede cobrarle a usted más del costo compartido que especifica el plan.

Debido a que esto puede afectar a la cantidad que usted tenga que pagar por sus servicios, averigüe si su Plan Privado de Pago-por-Servicio, le autoriza un **saldo residual y que otros costos tendrá que pagar. Aún cuando el saldo residual sea aceptado, su proveedor podría estar dispuesto a aceptar el monto que paga el plan como pago total.**

Ejemplo ►

El Señor Estévez debe ir al hospital para una cirugía de corazón. El hospital tiene un contrato con el Plan Privado de Pago-por-Servicio del señor Estévez. Este plan, le permite a los proveedores que tienen contrato el “saldo residual” (recargo del 15% por encima del pago del plan) en calidad de servicios. El señor Estévez tiene un cargo del 20% de co-seguro por todos los servicios de hospital que reciba como paciente interno. El pago del Plan Privado de Pago-por-Servicio por los servicios de hospital del señor Estévez es de \$15,000. El señor Estévez tiene que pagar \$3,000 (es el 20% de co-seguro). El hospital también le cobra al señor Estévez un 15% por encima de los \$15,000 que cubre el plan. Esta cantidad es \$2,250, por lo tanto, el señor Estévez debe un total de \$5,250 (\$3,000+\$2,250) al hospital por los servicios recibidos.

Recuerde: Los términos en **rojo** se definen en las páginas 19-20.

Nota: La compañía de seguro, en vez de Medicare, decide cuánto debe usted pagar por los servicios recibidos.

— Lo Básico Sobre Planes Privados de Pago-por-Servicio —

¿Cuál es la diferencia entre los Privados de Pago-por-Servicio, el Plan Original de Medicare, y los Planes de Salud Administrada Medicare?

El siguiente cuadro muestra algunas de las diferencias entre los Planes Privados de Pago-por-Servicio, el Plan Original de Medicare, y los Planes de Salud Administrada Medicare. Para más información, usted también puede buscar en el Internet en www.medicare.gov. Active “Medicare Compare” para ver comparaciones de todos los planes de Medicare en su área.

	Planes Privados de Pago-por-Servicio	Plan Original de Medicare	Planes de Salud Administrada Medicare
Costos: ¿tendré que pagar más que la prima mensual Parte B para estar en el plan?	Posiblemente, y no hay límite a la prima que el Plan Privado de Pago-por-Servicio pueda cobrarle. Llame al plan para averiguar.	No.	Posiblemente, pero hay un límite en la prima que el Plan de salud administrada Medicare pueda cobrarle. Llame al plan para averiguar.
Beneficios: ¿el plan cubre más beneficios que Parte A y Parte B?	Posiblemente por el pago de una prima adicional. Llame al plan para averiguar.	No.	Normalmente sí. Los beneficios son gratis o quizá deba pagar una prima adicional. Llame al plan para averiguar.
Proveedores: ¿tengo que obtener mis servicios de doctores y hospitales específicos para que los cubra el plan?	No.	No	Por lo general, sí.
Costo Compartido: ¿Le permite el plan a los proveedores (doctores u hospitales) que me cobren más de los deducibles, co-seguro y co-pagos de Medicare?	Posiblemente. Los planes pueden autorizar a los proveedores un 15% por encima de la cantidad que cubre el plan. Llame al plan para averiguar.	No a los hospitales. Es posible que los médicos que no aceptan la asignación puedan cobrar hasta un 15% por encima del pago de Medicare. Llame al 1-800-Medicare (1-800-633-4227) y averigüe sobre la asignación.	No
Medigap: ¿Necesito también una póliza Medigap si me inscribo en este plan?	No. No la necesita, es más, es ilegal que alguien trate de venderle una póliza Medigap si usted ya está en este plan	Usted podría necesitar una póliza Medigap para cubrir los servicios que el Plan Original de Medicare no cubre.	Usted no necesita una póliza Medigap si se inscribe en este plan. Es ilegal que alguien trate de venderle una póliza Medigap si usted está en este plan.

¿Cuánto cuesta un Plan Privado de Pago-por-Servicio?

Usted paga:

- La **prima** mensual Parte B (\$45.50 en el 2000); y
- Cualquier prima mensual adicional que cobre el Plan Privado de Pago-por-Servicio por encima de Medicare Parte B; y
- Cualquier prima mensual adicional que cobre el Plan Privado de Pago-por-Servicio por beneficios extras; y
- Cualquier plan **deducible, co-seguro o co-pago** que cobre el Plan Privado de Pago-por-Servicio. Por ejemplo, el plan puede cobrar un monto fijo (**co-pago**), \$5 o \$10, cada vez que usted visite al médico.

Ejemplo ►

Sarita está pensando ingresar a un Plan Privado de Pago-por-Servicio. El Plan Privado de Pago-por-Servicio tiene una **prima** de \$75.00 por mes, pero le ofrece beneficios adicionales que no están cubiertos por Medicare. Para estar en este plan, Sarita tiene que pagar la **prima** mensual Parte B (\$45.50 en el 2000), y la **prima** mensual adicional (\$75.00) que cobra el plan. Este plan también cobra \$5 por cada consulta con el doctor. Si Sarita visita a su médico tres veces en el transcurso de un mes, tendría que pagar las **primas** mensuales de \$45.50 y \$75.00, y un total de \$15 por sus tres visitas al médico (\$5 por consulta). Por lo tanto, Sarita tendría que pagar \$45.00 a Medicare, \$75.00 a su Plan Privado de Pago-por-Seguro, y \$15.00 a su doctor por ese mes. El monto total es de \$135.50 (\$45.50 + \$75.00 + \$15.00).

Importante ►

El Plan Privado de Pago-por-Servicio puede autorizar a sus proveedores tales como doctores u hospitales a cobrarle más de **deducible, co-seguro o co-pago** de lo que el plan cobra. Esto significa que sus costos pueden ser mayores cuando usted consulta a su médico u hospital. Antes de inscribirse en el plan, es importante averiguar si los proveedores (incluyendo el hospital) pueden cobrarle más. Si el plan le permite a su proveedor cobrar más, pregunte al proveedor si le cobrará más por sus servicios.

Ejemplo ►

El señor Castro ingresó a un Plan Privado de Pago-por-Servicio que le permite a los proveedores cobrar más de lo que el Plan Privado de Pago-por-Servicio cobra. El Plan Privado de Pago-por-Servicio del señor Castro, cobra \$5% de co-pago por la visita médica. Sin embargo, cuando el señor Castro va a su doctor, este le cobra \$15.00 de co-pago. Debido a que el Plan Privado de Pago-por-Servicio del señor Castro autoriza al doctor a cobrar más, el señor Castro debe pagar \$15.00.

¿Cuánto varían los costos directos de mi bolsillo?

Los Planes Privados de Pago-por-Servicio pueden variar en la cantidad que cobran por **primas**, **deducibles** y servicios. El Plan Privado de Pago-por-Servicio (más que Medicare) es el que decide cuanto debe usted pagar por los servicios que recibe.

Sus costos dependen de:

- El Plan Privado de Pago-por-Servicio que usted escoge.
- Si el plan cobra una **prima** mensual adicional.
- Cuanto cobra el plan por cada consulta.
- Si el plan le permite a los doctores, hospitales, y otros proveedores cobrarle a usted más de lo que paga el plan (hasta cierto límite) por servicios. Si esto está permitido, usted paga la diferencia. (Ver página 6)
- Que tan a menudo usted recibe cuidado de salud y de que tipo.
- Que beneficios extras cubre el plan.

¿Cómo pagaré a los proveedores (tales como el doctor y el hospital)?

Si el Plan Privado de Pago-por-Servicio le paga al doctor o al hospital directamente, usted no deberá pagar ni la cuenta del doctor ni la del hospital. Sin embargo, otros planes pueden hacerle pagar los costos del médico o del hospital y reembolsarle posteriormente, la parte que cubre el plan. Antes de inscribirse en un Plan Privado de Pago-por-Servicio, usted debe averiguar o consultar el folleto de dicho plan para averiguar cómo tendrá que pagar las cuentas.

-Como Ingresar y Salirse de Planes Privados de Pago-por-Servicio-

¿Quién puede inscribirse en un Plan Privado de Pago-por-Servicio?

Usted puede unirse a un Plan Privado de Pago-por-Servicio si:

Tiene **Medicare Parte A (Seguro de Hospital) y Parte B (Seguro Médico)**. Si usted no está seguro si tiene Parte A y Parte B, examine a su tarjeta blanca-azul-y-roja de Medicare. También puede llamar a su oficina local del Seguro Social, o llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213.

Usted no tiene **Insuficiencia Renal en Etapa Final** (insuficiencia permanente de los riñones tratado por diálisis o transplantes; también conocido como ESRD, por sus siglas en inglés).

Vive dentro del **área de servicio** del plan. Usted debe preguntarle a su seguro si puede permanecer en el plan si se muda del **área de servicio** del plan. Si tiene que abandonar el plan, entonces estará cubierto por el Plan Original de Medicare. O, puede elegir otro plan de salud de Medicare (como Plan de Salud Administrado de Medicare) siempre que se ofrezca en su nueva zona de residencia.

Si usted ingresa en un Plan Privado de Pago-por-Servicio:

- Siempre sigue con el programa de Medicare.
- Debe seguir pagando la **prima** mensual Parte B de \$45.50 (en el 2000).
- Usted siempre conservará sus derechos y protecciones bajo el Plan Original de Medicare excepto el pago de servicios recibidos que el Plan Privado de Pago-por-Servicio consideró que no eran medicamente necesarios.. (Ver ejemplo en la página 14).
- Usted siempre continuará recibiendo sus servicios normales cubiertos por Medicare.

Recuerde: Los términos en **rojo** se definen en las páginas 19-20.

Para conseguir más información sobre sus derechos y protecciones y servicios cubiertos por Medicare, llame al 1-800-MEDICARE y pida una copia de Derechos y Protecciones con Medicare (*Medicare Patient Rights*) y de la publicación *Medicare y Usted (Medicare and You)*.

-Como Ingresar y Salirse de Planes Privados de Pago-por-Servicio-

¿Cómo me inscribo en un Plan Privado de Pago-por-Servicio?

Ahora usted puede inscribirse en un Plan Privado de Pago-por-Servicio disponible en su área de residencia en cualquier momento.* Si quiere unirse:

1. Llame al plan y pida un formulario de inscripción.
2. Llene el formulario, y envíeselo por correo al plan.
3. Usted recibirá una carta del plan avisándole el momento en que comienza su cobertura. El plan no puede negarle la inscripción si usted es elegible.

¿Cómo salgo de un Plan Privado de Pago-por-Servicio?

Ahora, usted puede retirarse de un plan en cualquier momento por cualquier razón. Sencillamente escriba una carta al plan o a la Administración del Seguro Social y dígales que usted quiere salir del plan.

Una vez que se haya retirado del plan, puede unirse a otro plan de salud Medicare si es que acepta nuevos miembros, o regresar al Plan Original de Medicare. En la mayoría de los casos, su nueva cobertura comenzará el mes después de retirarse de su plan actual. En algunos casos usted tiene el derecho de comprar una póliza Medigap (ver paginas 16-17).

Comenzando en el año 2002, las reglas de inscripción para su plan de salud cambiarán. Usted sólo podrá salirse del plan en momentos determinados. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227 o TTY/TDD: 1-877-486-2048 para personas con impedimento auditivo o vocal) para más información. (Ver la página 18 para averiguar qué planes, si hay alguno, están disponibles en su área).

*Cuando esta publicación fue impresa, ninguna compañía de seguro ofrecía Planes Privado de Pago-por-Servicio a personas con Medicare.

-Como Ingresar y Salirse de Planes Privados de Pago-por-Servicio-

Ejemplo ►

Juan quiere salirse de su Plan Privado de Pago-por-Servicio y regresar al Plan Original de Medicare. Le envía una carta firmada a su plan el 3 de octubre del año 2000, informándole al plan que quiere retirarse. Juan recibe una carta de su plan informándole que su cobertura termina a partir del 31 de octubre del 2000. Juan no quiere inscribirse en ningún otro plan de salud Medicare. Su cobertura con el Plan Original de Medicare comienza el 1º de noviembre del 2000. Juan tiene el derecho de continuar recibiendo servicios de su Plan Privado de Pago-por-Servicio desde el 3 de octubre del 2000 hasta el 31 de octubre del 2000. A partir del 1º de noviembre del 2000, Juan debe conseguir sus servicios a través del Plan Original de Medicare.

Recuerde que si usted se retira de su Plan Privado de Pago-por-Servicio y no se une a ningún otro plan, usted regresará al Plan Original de Medicare (siempre y cuando siga pagando su **prima** Parte B).

Nota: Los Planes Privados de Pago-por-Servicio pueden dejar el Programa de Medicare al final del año calendario. (Ver página 16 para ver que puede hacer si su Plan Privado de Pago-por-Servicio abandona el Programa de Medicare).

-Servicios Cubiertos por los Planes Privados de Pago-por-Servicio-

¿Qué servicios deben cubrir los planes Privados de Pago-por-Servicio?

Los planes Privados de Pago-por-Servicio deben cubrir:

- todos los servicios cubiertos por Medicare Parte A y B; y
- todos los servicios que Medicare considere medicamente necesarios.

Es posible que le provean beneficios extras, tales como medicinas recetas para pacientes ambulatorios (que no están hospitalizados), pero usted tendrá que pagar más por estos beneficios.

¿Cómo se si el servicio que necesito es medicamente necesario?

Los planes Privados de Pago-por-Servicio deben seguir las reglas de cobertura de Medicare para decidir que servicios son medicamente necesarios. Esto significa que si el servicio es medicamente necesario para Medicare, el plan Privado de Pago-por-Servicio debe cubrirlo. Usted también puede pedirle al plan por una decisión de cobertura por adelantado para estar seguro de que ese servicio es medicamente necesario y estará cubierto. Usted tiene derecho a pedir la decisión de cobertura por adelantado a su plan Privado de Pago-por-Servicio.

¿Cubren los planes Privados de Pago-por-Servicio aquellos servicios que Medicare no considera medicamente necesarios?

Los planes Privados de Pago-por-Servicio pueden no cubrir los costos que son considerados medicamente no necesarios por Medicare. Si usted necesita un servicio que el plan Privado de Pago-por-Servicio considera que no es medicamente necesario:

- usted podría pagar todos los costos del servicio; y
- usted tendría el derecho de apelar la decisión. (consulte la página 15).

-Servicios Cubiertos por los Planes Privados de Pago-por-Servicio-

Ejemplo ►

Miriam tenía un brazo quebrado que se curó correctamente. Su doctor decidió mandarla a terapia física para fortalecer el brazo en lugar de enseñarle ejercicios simples que podría practicar en su casa. Miriam va a la terapia todos los días por cinco días. El costo total de su terapia es de \$250. Después de terminada la terapia, Miriam se da cuenta que el plan revisó su caso y decidió que la terapia no era medicamento necesaria puesto que el brazo había sanado correctamente. Por lo tanto, el plan decidió no pagar por los servicios. Miriam tendrá que pagar por la terapia. Si lo desea, Miriam podrá apelar esta decisión.

¿Qué puedo hacer si el Plan Privado de Pago-por-Servicio no paga por servicios que yo considero necesarios?

Si su Plan Privado de Pago-por-Servicio no paga por un servicio que usted considera necesario,

- Usted tendrá que pagar todos los costos si no solicitó una preaprobación de cobertura.
- Usted puede apelar la decisión (Ver página 15).

Si usted está interesado en inscribirse en un Plan Privado de Pago-por-Servicio, pregúntele o consulte el folleto del plan para ver como maneja los servicios medicamento necesarios y la preaprobación de cobertura.

Derechos de Apelación

¿Qué puedo hacer si mi Plan Privado de Pago-por-Servicio no paga por un servicio que considero medicamente necesario?

¿Cómo puedo cuestionar o apelar una decisión sobre la cobertura de un Plan Privado de Pago-por-Servicio?

Si su plan no paga o no autoriza un servicio que usted considera que debería ser cubierto (incluyendo servicios medicamente necesarios), usted puede interponer una apelación.

Usted tiene el derecho de apelar cualquier decisión sobre sus servicios cubiertos por Medicare. No importa si está en el Plan Original de Medicare, o en un Plan Privado de Pago-por-Servicio. Además, tiene el derecho de apelar cualquier decisión sobre los beneficios extras de su Plan Privado de Pago-por-Servicio.

Si usted está en un Plan Privado de Pago-por-Servicio, puede interponer una apelación si su plan no paga, no permite, detiene o limita un servicio que usted cree debería cubrirse o proveerse. Si usted cree que su salud podría verse seriamente afligida si tiene que esperar una decisión sobre un servicio, pídale al plan una decisión rápida. Tienen la obligación de responderle dentro de 72 horas.

El Plan Privado de Pago-por-Servicio debe informarle por escrito como apelar. Después de interponer una apelación, el plan revisará su decisión. Luego, si su plan no decide a su favor, la apelación será revisada por una organización independiente que trabaja para Medicare, no para el plan. Vea los materiales de membresía de su plan, o contacte a su plan para los detalles sobre sus derechos de apelación bajo Medicare.

Si usted cree que lo están dando de alta del hospital demasiado pronto, tiene el derecho de una revisión inmediata por parte de la **Organización de Revisión de Normas Profesionales** de su área. Una Organización de Revisión de Normas Profesionales es un grupo de doctores y profesionales de salud que vigila y revisa sus quejas sobre la calidad del cuidado. Usted podrá quedarse en el hospital sin costo mientras revisan su caso. El hospital no puede obligarlo a irse antes de que la Organización de Revisión de Normas Profesionales entregue su decisión. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227 o TTY/TDD: 1-877-486-2048 para personas con impedimento auditivo o vocal) para conseguir el número telefónico de la Organización de Revisión de Normas Profesionales en su área, o busque en el Internet en www.medicare.gov.

¿Puedo conservar mi póliza Medigap si me inscribo en un Plan Privado de Pago-por-Servicio?

Si usted se inscribe en un Plan Privado de Pago-por-Servicio, puede conservar también su póliza Medigap (pero, no puede usarla a menos que regrese al Plan Original de Medicare). Quizá le convenga conservar su póliza Medigap hasta estar seguro de que el Plan Privado de Pago-por-Servicio le satisface. Si está en un Plan Privado de Pago-por-Servicio o si está cubierto por **Medicaid**, no necesita Medigap. Generalmente en estos casos no es legal que traten de venderle esta póliza.

¿Qué pasa si la cobertura de mi Plan Privado de Pago-por-Servicio termina?

Si la cobertura de su Plan Privado de Pago-por-servicio se acaba o ya no presta servicio en su área, usted puede inscribirse en otro plan Medicare si hay alguno disponible o regresar al Plan Original de Medicare. Generalmente si vuelve al Plan Original de Medicare, también tiene derecho a comprar una póliza **Medigap**. (Ver la página 17 para obtener más información sobre los Normas y Protecciones de Medigap.)

¿Qué pasa si mi cobertura con mi Plan Privado de Pago-por-Servicio termina, soy menor que los 65 años de edad, y tengo cobertura Medicare debido a incapacidad o Insuficiencia Renal de Etapa Final (ESRD)?

Dependiendo del lugar en que usted viva en el país, podría tener la misma protección de aquellas personas mayores de 65 años si su Plan Privado de Pago-por-Servicio termina. No hay una ley Federal que obligue a las compañías de seguro a vender una póliza Medigap a personas de menos de 65 años.

¿Tengo alguna protección Medigap si renuncio a mi póliza Medigap cuando me inscribo en un Plan Privado de Pago-por-Servicio?

Si usted renuncia a su póliza Medigap al inscribirse en un Plan Privado de Pago-por-Servicio, podría tener el derecho de adquirir una nueva póliza Medigap más adelante, siempre que:

- La cobertura de su Plan Privado de Pago-por-Servicio termine (y no sea por su culpa), o
- Usted se inscriba en un Plan Privado de Pago-por-Servicio por primera vez (no haya estado en ningún otro plan de salud administrada de Medicare) y abandone su Plan Privado de Pago-por-Servicio dentro del año de su inscripción. Si usted fuera nuevo en Medicare, al inscribirse en el plan, podría elegir la póliza Medigap que prefiera. Si ya tenía una póliza Medigap al inscribirse en el plan, podría obtener esa misma póliza nuevamente.

Información sobre Medigap

¿ Hay otras circunstancias en las cuales a usted puede garantizársele el derecho de comprar una póliza Medigap?

¿Dónde puede conseguir más información sobre las Normas y Protecciones de Medigap?

Usted tiene el derecho de adquirir cualquier póliza Medigap que se ofrezca en su Estado si:

- Si se inscribió en un Plan Privado de Pago-por-Servicio cuando fue elegible por primera vez para Medicare a la edad de 65 años.
- Si abandonó el Plan Privado de Pago-por-Servicio durante el primer año de su inscripción.

Usted debe solicitar la póliza Medigap no más tarde de los 63 días después que la cobertura de su Plan Privado de Pago-por-Servicio haya terminado.

Llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227 o TTY/TDD: 1-800-486-2048 para personas con impedimentos de habla o auditivos) y pida:

- Una copia de *Pólizas y Protecciones de Seguro Supplemental Medicare (Medigap) (Medicare Supplemental Insurance (Medigap) Policies and Protection)*.
- Una copia de la Guía sobre Seguros de Salud para Personas con Medicare (*Guide to Health Insurance for People with Medicare*). Esta guía le ofrece información sobre cómo adquirir una póliza Medigap, cualquier otro tipo de seguro de salud y sobre las Normas y Protecciones de Medigap.
- El número de teléfono de su **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud**. Consejeros voluntarios le ayudarán a comprender sus opciones y protecciones.

También puede fijarse en la dirección de Internet www.medicare.gov. para mayor información sobre Medigap.

¿Adónde puedo conseguir más información sobre Planes Privados de Pago-por-Servicio?

Para más información sobre Planes Privados de Pago-por-Servicio o para averiguar que planes están disponibles en su área, usted puede:

Buscar información comparando planes de salud Medicare en el Internet en www.medicare.gov. Active la ventanilla “*Medicare Compare*”. Si usted no tiene una computadora, su biblioteca local o centro para mayores tal vez pueda ayudarle a conseguir acceso a la página de la red de Medicare.

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227 o TTY/TDD: 1-877-486-2048 para personas con impedimento auditivo o vocal) y pida:
 - información sobre planes Privados de Pago-por-Servicio que se pueden conseguir en su área.
 - el número telefónico de su **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud**.
 - el *Formulario (worksheet) para Comparar Planes de Salud Medicare* para ayudarlo a comparar diferencias entre los planes que se pueden conseguir.

- Llame a la compañía de seguro que ofrece el Plan Privado de Pago-por-Servicio que le interese para que le conteste cualquier pregunta que usted tenga sobre el plan. El administrador del plan de salud podrá enviarle información sobre el plan y explicarle todos los beneficios que ofrece.

Preaprobación de Cobertura: Una decisión tomada por su Plan Privado de Pago-por-Servicio sobre si pagará o no por un servicio determinado.

Saldo Residual: Recargo del 15% por parte de los proveedores del Plan Privado de Pago-por-Servicio, por encima de la suma que paga el plan por los servicios.

Co-seguro: El porcentaje de monto del Plan Privado de Pago-por-Servicio que usted tal vez tenga que pagar, después de que usted haya pagado cualquier deducible. En un Plan Privado de Pago-por-Servicio, el co-seguro se calcula como un porcentaje del costo del servicio (por ejemplo, el 20%).

Co-pago: El monto que usted paga por cada servicio médico que recibe, como por ejemplo una consulta al médico.

Deducible: El monto que usted debe pagar por sus servicios de salud, antes de que el Plan Privado de Pago-por-Servicio comience a pagar.

Insuficiencia Renal de Etapa Final (ESRD por sus siglas en inglés): insuficiencia renal en su etapa final tratado por diálisis regular o trasplante de riñones.

Medicaid: Un programa conjunto Estatal y Federal que ayuda con los gastos médicos, a personas de bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de estado a estado, pero la mayoría de sus gastos estarán cubiertos si usted califica para Medicare y Medicaid.

Medicamento Necesario: Servicios o suministros que:

- son apropiados y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de su condición médica.
- que se utilizan para el diagnóstico, cuidado directo o tratamiento de su condición médica.
- que acatan las normas de buena práctica médica en la comunidad local; y
- no son primordialmente para la conveniencia de su médico.

Medicare + Opción: un nuevo programa de Medicare que permite más opciones para escoger entre planes de salud Medicare. Toda persona que tenga las Partes A y B de Medicare es elegible, con la excepción de los que tengan Enfermedad Renal de Etapa Final.

Planes de Salud Administrada

Medicare: Un grupo de médicos, hospitales y otros proveedores de salud que acordaron prestar servicios de salud a los beneficiarios de Medicare a cambio de una cantidad de dinero fija que les paga Medicare mensualmente. Estos planes administrados incluyen: Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO), Organización para el Mantenimiento de la Salud con Puntos de Servicios Opcionales (POS), Organización Patrocinada por Proveedores (PSO), y Organización con Proveedores Seleccionados (PPO).

Medicare Parte A (Seguro de Hospital):

Seguro de hospital Medicare que paga por estancias internas en el hospital, cuidado de enfermería especializada, cuidado de la salud en el hogar, y cuidado en un hospicio.

Medicare Parte B (Seguro Médico):

Seguro médico Medicare que ayuda a pagar por los servicios de doctores, cuidado externo de hospital, y otros servicios médicos no cubiertos por la Parte A.

Medigap: Pólizas de seguros suplementales de Medicare que venden empresas de seguros privadas para pagar los gastos que no cubre el Plan Original de Medicare. En todos los Estados excepto Minnesota, Massachusetts y Wisconsin, su Estado decide cuál de las pólizas estandarizadas puede venderse. Las pólizas Medigap sólo sirven con el Plan Original de Medicare.

Plan Original de Medicare: Un plan de salud de pago-por-visita/consulta que le permite ir a cualquier doctor, hospital o proveedor de salud que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga una parte del monto aprobado por Medicare y usted paga la otra (co-seguro). El Plan Original de Medicare tiene dos partes: Parte A (Seguro de Hospital) y Parte B (Seguro Médico).

Organización de Revisión de Normas

Profesionales (PRO): Grupos de médicos activos y otros expertos en el cuidado de la salud, pagados por el Gobierno Federal para vigilar y mejorar el cuidado que se le brinda a los pacientes de Medicare. Son responsables de atender sus quejas sobre la calidad del cuidado en hospitales durante su estadía, como paciente externo, sala de emergencia, centros especializados de enfermería, agencias de cuidado de la salud en el hogar, Planes Privados de Pago-por-Servicio y centros quirúrgicos ambulatorios.

Prima: Su pago mensual a Medicare, a una compañía de seguros, o a un plan de salud por cobertura de salud.

Plan Privado de Pago-por-Servicio: Un seguro privado que acepta a los beneficiarios de Medicare. Usted puede ir a cualquier doctor u hospital que elija. Este plan, en vez del programa de Medicare, es el que decide cuánto debe pagar por los servicios recibidos. Es posible que pague más por la cobertura que le ofrece Medicare. Usted puede obtener beneficios extras que el Plan Original de Medicare no cubre.

Area de Servicio: El área o zona en que el Plan Privado de Pago-por-Servicio acepta miembros.

Programa Estatal de Asistencia sobre

Seguros de Salud: Una organización Estatal que recibe dinero del Gobierno Federal para ofrecer consejería gratis sobre la salud, y asistencia a los beneficiarios de Medicare.

Indice

Apelación	13,14,15
Area de Servicio	10,20
Asuntos de Veteranos	4
Beneficios	4,7,13
Cobertura de Salud Patronal	4
Cobertura de Salud Sindical	4
Co-pago	7,8,9,19
Co-seguro	6,7,8,19
Deducible	7,8,9,19
Derechos	15,16,17
Insuficiencia Renal de Etapa Final	2,10,16,19
Medicaid	16,19
Medicamento Necesario	13,14,19
Medicare +Opción	1,19
Medicare Parte A (Seguro de Hospital)	2,5,10,20
Medicare Parte B (Seguro Médico)	2,5,10,20
Medicinas Recetadas	5,6,13
Medigap	1,2,7,16,17,20
Medicare SELECT	3
Oficina Estatal de Asistencia Médica	4
Opción de Deducible Alto	2
Organización de Revisión de Normas Profesionales	15,20
Plan Original de Medicare	1,2,5,7,10,12,15,16,20
Plan Privado de Pago-por-Servicio	1,5,16,20
Plan de Salud Administrada Medicare	1,3,7,10,19
Plan de Salud Medicare	1,5,10,11
Preaprobación de Cobertura	13,14,19
Prima Parte B	7,8,10,12
Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud	17,18,20
Programa Medicare	1,10
Protecciones	16
Saldo Residual	6,19

**DEPARTAMENTO DE
SALUD Y SERVICIOS HUMANOS
DE LOS ESTADOS UNIDOS
ADMINISTRACION PARA EL FINANCIAMIENTO
DE SERVICIOS DE SALUD
7500 Security Boulevard
Baltimore, Maryland 21244-1850**

**Asunto Oficial
Penalidad por uso privado, \$300**

**Publicación No. 10105
Septiembre de 1999**

Private Fee-for-Service Plans (sp)

- **Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o busque en el Internet en www.medicare.gov para obtener ayuda con sus preguntas.**
- **Do you need a copy in English? Call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, TTY/TDD: 1-877-486-2048 for the speech and hearing impaired.)**